



## Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (4 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### Hearing Screen

Use clinical judgment.

### Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes    No

       Holds head up to 90 degrees.

       Laughs.

       Follows past mid line.

       No persistent fist clenching.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even *one* of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control or Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



EXAMEN DE NIÑOS SANOS - INFANCIA: 4 MESES

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 4 MONTHS

(Cumple con los lineamientos EPSDT)

FECHA

INFANCIA: 4 MESES

<b>A SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE ACERCA DEL NIÑO(A)</b>	NOMBRE DEL NIÑO(A)	TRAÍDO POR:	FECHA DE NACIMIENTO
	ALLERGIAS	MEDICAMENTOS ACTUALES	
	ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	MI BEBÉ DUERME BIEN.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	MI BEBÉ SE ESTIRA PARA ALCANZAR OBJETOS Y PUEDE TOMARLOS.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MI BEBÉ ESTÁ COMIENDO Y CRECIENDO BIEN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MI BEBÉ RUEDA O INTENTA RODAR SOBRE SU BARRIGA Y ESPALDA.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ES FÁCIL SABER LO QUE QUIERE MI BEBÉ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MI BEBÉ PUEDE VER Y OÍR. NO TIENE OJOS CRUZADOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO TENGO MOMENTOS DE TRISTEZA FRECUENTEMENTE.			

PESO KG./OZ. PORCENTAJE	ALTURA CM/IN. PORCENTAJE	CIR. DE LA CABEZA PORCENTAJE	Alimentación _____
-------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------

Revisión de los sistemas       Revisión del historial

---

Exploración:                      N      A

Audición                                       \_\_\_\_\_

Vista                                               \_\_\_\_\_

Desarrollo: Marque el área de preocupación

Adaptación/Cognitiva	Lenguaje/Comunicación
Habilidad motora general	Social/Emocional      Habilidad motora específica

Comportamiento                               \_\_\_\_\_

Salud Mental                                       \_\_\_\_\_

  

Físico:                                      N      A                                      N      A

Apariencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza/Fontanela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulsaciones/ Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos (cubiertos/ descubiertos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orofaringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades/Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe anomalías encontradas y comentarios:

---



---

Eliminación \_\_\_\_\_

Sueño \_\_\_\_\_

Revisión del historial de inmunizaciones       Otro: \_\_\_\_\_

Educación de la salud: (Marcar todo lo discutido/los materiales provistos)

<input type="checkbox"/> Planificación familiar	<input type="checkbox"/> Seguridad	<input type="checkbox"/> Dormir de espalda
<input type="checkbox"/> Desarrollo	<input type="checkbox"/> Seguridad en la cuna	<input type="checkbox"/> Síndrome del bebé sacudido
<input type="checkbox"/> Vínculo del infante	<input type="checkbox"/> Alimentación	<input type="checkbox"/> Fiebre
<input type="checkbox"/> Fumador pasivo	<input type="checkbox"/> Sin biberón en la cama	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños
<input type="checkbox"/> Asiento de automóvil apropiado	<input type="checkbox"/> Depresión de la madre	
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

Evaluación/Plan: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

<b>PRÓXIMA VISITA: 6 MESES DE EDAD</b>	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD
--	-------------------------------

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD	DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD
---	----------------------------------

INFANCIA: 4 MESES

# La salud de su bebé a los 4 meses

## Indicadores de logros

### Formas de desarrollo de su bebé entre los 4 y 6 meses de edad.

Mantiene la cabeza levantada cuando está acostado sobre su barriga.

Grita, se ríe a carcajadas, sonrío.

Gira de barriga a su espalda.

Sostiene el cascabel, trata de ponerlo en la boca.

Trata de pasar los juguetes de una mano a la otra.

Reconoce la voz y rostro de los padres.

Aprende a sentarse derecho, con apoyo al principio.

### Cuando usted juega con su bebé, le ayuda a adquirir nuevas habilidades.

## Para ayuda o más información

**Ayuda para encontrar cuidado del niño:** Recurso de Cuidado de Niño del Estado de Washington / Red de Derivaciones, 1-800-446-1114.

**Información para la salud y el desarrollo del niño:** Sitio en la red de CHILDP Profile: [www.childprofile.org](http://www.childprofile.org).

**Envíos por correo de CHILDP Profile para padres:** Línea de Derivación e Información de Healthy Mothers, Healthy Babies (Madres Sanas, Bebés Sanos) 1-800-322-2588 (voz) o 1-800-833-6388 (TTY Servicio de Retransmisión); pida ser agregado a la lista si no está recibiendo nuestros envíos.

**Habilidades o apoyo para la crianza:** Línea de ayuda familiar, 1-800-932-HOPE (4673) Recursos para familias del noroeste, 1-888-746-9568 Clases en el Colegio Comunitario local

## Consejos de salud

Los exámenes de rutina son una gran oportunidad para hacer preguntas al médico o enfermera sobre la salud y el desarrollo de su bebé. Haga una lista antes de ir al examen. Lleve consigo la tarjeta de historial de vacunas del bebé.

Su bebé puede ser vacunado aún cuando tiene un resfriado suave o diarrea o si está tomando antibióticos. Las vacunas no empeorarán estas enfermedades.

A esta edad su bebé adquiere toda la nutrición que necesita de la leche materna o fórmula. Si usted lo está amamantando, trate de seguir haciéndolo por lo menos durante el primer año. No le dé cereal u otros alimentos sólidos hasta los 5 o 6 meses de edad.

Controle la visión y audición de su bebé. Observe si sus ojos siguen los objetos en movimiento. Note si gira hacia sonidos fuertes o inesperados.

Continúe acostando a su bebé boca arriba. Mantenga la ropa de cama suave y muñecos de peluche fuera de la cuna durante el primer año. Asegúrese de que otros cuidadores también lo hagan.

## Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

Cante, hable y juegue con su bebé todos los días. Mire a su bebé y repita los sonidos que él haga.

Coloque a su bebé boca abajo para jugar en el piso. Ubique los juguetes cerca de él para que los alcance.

Si tuviese alguna preocupación con respecto al desarrollo de su bebé, pregúntele a su doctor o enfermera o llame a Healthy Mothers, Healthy Babies (Madres Sanas, Bebés Sanos).

## Consejos de seguridad

Siempre mantenga una mano sobre su bebé cuando está en la cama, sofá o en la mesa de cambiado para evitar que ruede y caiga.

Continúe usando un asiento infantil para automóvil mirando hacia atrás en cada viaje. Colóquele el cinturón de seguridad en el asiento de atrás.